



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής
του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας
Μεσογείων 2, Γ' κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27
ΤΕΥΧΟΣ 33, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ 2009

Σχέση Εμπιστοσύνης

Δριμύ «κατηγору» για την αναξιοπιστία των στοιχείων, που αφορά το έλλειμμα και γενικότερα την κατάσταση της οικονομίας δέχθηκε πρόσφατα η Ελλάδα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε). Πρόβλημα αξιοπιστίας και εμπιστοσύνης δεν υπάρχει μόνο μεταξύ της Ελλάδας και των οργάνων της Ε.Ε., αλλά και μεταξύ των νοσηλευτών και του κράτους, μιας και δεν αποτελούν, βάση των τελευταίων εξελίξεων, τους επίσημους συνομιλητές του ΥΓΚΑ όπως όφειλαν να είναι. Επείγει, λοιπόν, να αποκατασταθεί η χαμένη εμπιστοσύνη, με σοβαρές αποφάσεις και πράξεις, όχι μόνο για να αλλάξει η εικόνα μας προς την πολιτεία, αλλά για να ξεπεραστεί η κρίση με την οικοδόμηση μιας αξιόπιστης νοσηλευτικής κοινότητας, που θα σέβεται τον νοσηλευτή, για να την σέβεται και αυτός.

Η αποκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης απέναντι στον νοσηλευτή και την πολιτεία δεν είναι μια γενική έννοια. Έχει βασικό περιεχόμενο την αξιοπιστία του λόγου και των πράξεων που θα πρέπει να είναι σταθερές, για να γνωρίζουν οι νοσηλευτές τι τους ξημερώνει.

Όλοι μας αισθανόμαστε ότι η πορεία του κλάδου μας βρίσκεται σήμερα σε ένα μεταίχιμο. Οι συνθήκες και οι συμπεριφορές που υπάρχουν δεν μπορούν πια να σταθούν μπροστά στα μεγάλα προβλήματα που έχουμε. Θέλουμε μια νοσηλευτική που θα σαρώσει τη διαφθορά, θα χτίσει ένα σύστημα διαφάνειας και εμπιστοσύνης, θα σπάσει αγκυλώσεις και γραφειοκρατίες, θα συνδράμει στην ανόρθωση και την αναβάθμιση του επαγγέλματος, θα γκρεμίσει αναχρονιστικές αντιλήψεις, θα απελευθερώσει τις παραγωγικές δυνάμεις του κλάδου μας και θα του δώσει καινούργιο προσανατολισμό.

Όταν έρθει η ώρα θα κριθούν πολλά. Μπροστά μας θα υπάρχουν δυο επιλογές. Η μία είναι να συνεχίσουμε στον ίδιο δρόμο, αυτός που υπάρχει. Η άλλη επιλογή είναι αυτή που χρειαζόμαστε σήμερα. Σήμερα χρειαζόμαστε μια ηθική, ειρηνική επανάσταση και δημιουργική έκρηξη, που θα φέρει στην επιφάνεια τη δυναμική του κλάδου που ασφικτιά στο τέλμα των προβλημάτων του και θα του δώσει ξανά την προοπτική, την αισιοδοξία και την ελπίδα.

Σήμερα χρειαζόμαστε τις δυνάμεις εκείνες που θα μπορέσουν να φτιάξουν μια κοινότητα που να σέβεται και να υπηρετεί τους νοσηλευτές και την νοσηλευτική, να τους βγάλουν από το τέλμα και το αδιέξοδο, να χτίσουν ξανά τις γκρεμισμένες γέφυρες της εμπιστοσύνης και της αξιοπιστίας με την κοινωνία και την πολιτεία.

Το θέλουμε; Εάν ναι τότε μπορούμε και θα το πετύχουμε όλοι μαζί. Στη νέα αυτή πορεία, μοναδική μας πυξίδα, μοναδικός γνώμονας για κάθε μας απόφαση, για κάθε μας πράξη, θα είναι οι νοσηλευτές και η νοσηλευτική. Να ξεκινήσουμε όλοι μαζί τη μεγάλη πορεία για να χτίσουμε την νοσηλευτική κοινότητα που θέλουμε.

Μέσα σε αυτό το κλίμα ο Τομέας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής (TEEN) προγραμματίζει τις επόμενες δραστηριότητές του για το 2010. Για όγδοη συνεχόμενη χρονιά θα οργανώσει το Νοσηλευτικό Συμπόσιο στα πλαίσια του 14th State of the Art που θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο Athens Hilton, στις 22-24 Απριλίου 2010. Σταθεροί στο ραντεβού μας, που έγινε θεσμός πλέον, κάθε δυο χρόνια, έτσι και εφέτος είναι η χρονιά να πραγματοποιήσουμε μαζί το 5^ο Συμπόσιο του TEEN.

Νίκος Γιάκας
Γραμματέας TEEN



**Ο ΤΟΜΕΑΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΑΣ ΕΥΧΕΤΑΙ
ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ 2010!!!**

Επίσημη Θέση για τις απαιτήσεις σε νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό των Ευρωπαϊκών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, 2007

Μετάφραση - απόδοση στα ελληνικά
Δρ. Μαρία Καλαφάτη, Πρόεδρος TEEN

Προετοιμάστηκε υπό την αιγίδα της EfCCNa από τους:

Bernat A. RN, MSc. Head Nurse. University Associated and General Hospital Castellon, Spain, Hernandez L. RN, BSN, CCRN, Nurse, Andri Vesel University Hospital, Montigny le Tilleul. Belgium, Cudak E. RN MA. Department of Anaesthesiological and Intensive Care Nursing, Poznap University of Medical Sciences, Poland, Tschugg H. RN, Head Nurse. University and General Hospital Innsbruck. Austria, Poiroux L. RN, CCRN, Head Nurse. University and General Hospital, Angers. France.

Αναπτύχθηκε από την Ομάδα Εργατικού Δυναμικού της EfCCNa και αξιολογήθηκε από το Συμβούλιο των αντιπροσώπων στο Oslo τον Οκτώβριο του 2007

Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Amparo Bernat – E-mail a.bernat.a@telefonica.netContents

Εισαγωγή

Η αρχική ανάπτυξη της εντατικής φροντίδας ως ειδικότητα στη δεκαετία του '60, ξεκίνησε με την ομαδοποίηση των ασθενών που βρίσκονταν σε κρίσιμη κατάσταση σε κλινικούς χώρους που ονομάστηκαν στη συνέχεια Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Σαφώς καθιερώθηκαν προσδιορισμένες χωριστές γεωγραφικές περιοχές. Εντούτοις, καθώς αυτή η ειδικότητα εξελίχθηκε, ένας βαθμιαίος διαχωρισμός από το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου και των τμημάτων αναπτύχθηκε. Η ανάπτυξη ανεξάρτητων ΜΕΘ οδήγησε στην αναγνώριση ότι απαιτείται ειδικευμένο προσωπικό και συγκεκριμένοι τεχνολογικοί πόροι για να προσφέρουν υψηλής ποιότητας φροντίδα σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και είναι ασταθείς.^{1,2}

Ο ορισμός της επείγουσας φροντίδας (critical care) είναι ένας γενικότερος ορισμός, που καλύπτει ένα σύνολο υπηρεσιών. Η παροχή εντατικής φροντίδας (intensive care) εστιάζεται στους πολύ βαριά ασθενείς, οι οποίοι μπορούν να έχουν όφελος από τη φροντίδα που τους παρέχει υψηλά εκπαιδευμένο και με ιδιαίτερες ικανότητες προσωπικό, που εφαρμόζει σύγχρονες τεχνικές και παρεμβάσεις κατάλληλα, έξυπνα και με ευσπλαχνία. Αλλά η επείγουσα φροντίδα επίσης παρέχεται σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), στις οποίες προσφέρεται ένα ενδιάμεσο επίπεδο φροντίδας μεταξύ ΜΕΘ και νοσηλευτικών τμημάτων καθώς και ειδικών τμημάτων όπως οι μονάδες νεφρού ή οι στεφανιαίες μονάδες.³

Παρά τη χρησιμοποίηση μιας κοινής ονομασίας, οι μονάδες εντατικής φροντίδας ποικίλλουν πολύ ως προς το είδος των ασθενών που νοσηλεύουν, τις διοικητικές δομές, την ποικιλότητα των ικανοτήτων του προσωπικού, την αποδοτικότητα, το φόρτο εργασίας των συνεργατών και τις εκβάσεις.

Η παροχή υπηρεσιών εντατικής φροντίδας στους ασθενείς, περιλαμβάνει ένα σύνθετο δίκτυο αλληλεπιδράσεων μεταξύ πολλών ανθρώπων που εργάζονται στο νοσοκομείο.

Δεδομένου ότι ο πληθυσμός μεταβάλλεται και η πρόοδος στις ιατρικές υπηρεσίες παρέχει την ευκαιρία να θεραπεύονται περισσότεροι ασθενείς, οι απαιτούμενες πιέσεις αυξάνονται. Ο αριθμός του προσωπικού μέσα στις ΜΕΘ έχει επίσης αυξηθεί και οι επαγγελματίες υγείας είναι μέσο ζωτικής σημασίας, αλλά δαπανηρό. Η εντατική φροντίδα είναι πολύ ακριβή σε σχέση με την υπόλοιπη φροντίδα, λόγω των υψηλότερων επιπέδων στελέχωσης, τη χρήση ακριβών τεχνολογιών και θεραπευτικών επεμβάσεων.

Οι προσπάθειες επαναπροσδιορισμού του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας προκειμένου να μειωθεί ο προϋπολογισμός στελέχωσης, οδήγησε σε αντίθετα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα αποτελέσματα της μείωσης της αναλογίας νοσηλεύτης/ασθενή συνδέονται με:

- Καθυστερήσεις στο χρόνο απογαλακτισμού του ασθενή
- Αύξηση του ποσοστού νοσοκομειακών λοιμώξεων
- Αύξηση των ιατρικών λαθών
- Αύξηση του χρόνου παραμονής στη ΜΕΘ
- Αύξηση του ποσοστού θνητότητας και επίσης αύξηση όλων των δυσμενών συμβάντων οδηγεί σε πρόκληση δευτερεύουσας αύξηση του νοσοκομειακού κόστους^{4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}.

Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εντατικής Θεραπείας

Από την αρχή λειτουργίας της η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Συνδέσμων Εντατικής Θεραπείας (EfCCNa) έχει επιτύχει τους στόχους της μέσω μιας σειράς επίσημων θέσεων. «**Το ερευνητικό πρωτόκολλο εργατικού δυναμικού**» είναι μια νέα πρωτοβουλία της EfCCNa, επειδή την τελευταία δεκαετία υπήρξε ιδιαίτερη συζήτηση γύρω από τον αριθμό των νοσηλευτών που απαιτούνται για τη στελέχωση των ΜΕΘ και ειδικότερα γύρω από την αναλογία των νοσηλευτών προς τους ασθενείς ΜΕΘ. Είναι ένα ζήτημα διαμάχης και διαφωνίας. Ενώ μια πλήρης σφαιρική συζήτηση είναι δύσκολη, μια επίσημη θέση γύρω από το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό, πιθανόν να επιτρέψει στους νοσηλευτές ΜΕΘ, στις Ευρωπαϊκές Ενώσεις νοσηλευτικής εντατικής φροντίδας, στους διοικητές των νοσοκομείων και τελικά στα Εθνικά Συστήματα Υγείας, να έχουν μια Ευρωπαϊκή πηγή για αναφορά.

Σκοπός της Επίσημης Θέσης

Σκοπός της μελέτης ήταν να γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αναλογία προσωπικού-ασθενή για τις ΜΕΘ, να καθοριστούν τα επίπεδα φροντίδας και τα συνιστώμενα χρυσά πρότυπα αναλογιών νοσηλευτών/ασθενών στις Ευρωπαϊκές ΜΕΘ.

Στόχοι της μελέτης

1. Να υπάρξει μια Επίσημη Θέση της EfCCNa που να αφορά στο εργατικό δυναμικό.
2. Να παρουσιαστούν/δημοσιοποιηθούν τα αποτελέσματα της μελέτης σε συνέδρια και συναντήσεις με κυβερνητικές ομάδες σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.
3. Να δημοσιευθούν τα αποτελέσματα της μελέτης με τις συστάσεις στο Connect το περιοδικό της EfCCNa καθώς και τον ιστοτόπο της.

Μέθοδος

Για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διερευνήθηκαν οι παρακάτω βάσεις δεδομένων: EMBASE (1995-2007) και MEDLINE (1995-2007).

Για να κατευθυνθεί η αναζήτηση, χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι ιατρικοί όροι (Medical Subject Heading - MeSH): ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, έλλειψη εργατικού δυναμικού, νοσηλευτική εντατικής θεραπείας, επίπεδα φροντίδας, φόρτος εργασίας και εργατικό δυναμικό.

Αν και η μελέτη ήταν ανοικτή να συμπεριλάβει και μη αγγλόφωνες παραπομπές, καμία σχετική παραπομπή δεν περιελήφθη. Χρησιμοποιήθηκε το δίκτυο των 22 συνδέσμων Εντατικής Φροντίδας για να προσδιορίσει τοπική ή εθνική εργασία που μπορεί ενδεχομένως να μην είχε συμπεριληφθεί στον κατάλογο αυτών των δυο βάσεων δεδομένων.

Επίπεδα Φροντίδας/ Επίπεδα εξάρτησης ασθενών

Η ταξινόμηση των τριών επιπέδων φροντίδας προτείνεται για να εξυπηρετήσει τα πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα, τα μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία και τα μικρά νοσοκομεία με περιορισμένες ικανότητες παροχής φροντίδας: 14

- **Επίπεδο Εντατικής Φροντίδας I:** ΜΕΘ που παρέχουν πλήρη φροντίδα σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, συμπεριλαμβάνοντας διεπιστημονική και ιατρική φροντίδα (π.χ. νευροχειρουργική, καρδιοθωρακική χειρουργική, πολλαπλό τραύμα, μονάδες εγκαυμάτων κ.λπ)
- **Επίπεδο Εντατικής Φροντίδας II:** ΜΕΘ που παρέχουν πλήρη φροντίδα σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, αλλά απαιτείται και εξειδικευμένη φροντίδα από ειδικούς εκτός του χώρου της ΜΕΘ.
- **Επίπεδο Εντατικής Φροντίδας III:** ΜΕΘ που παρέχουν αρχική αναζωογόνηση και σταθεροποίηση σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση αλλά συνήθως (ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάσταση του ασθενή και τους διαθέσιμους πόρους) απαιτείται μεταφορά για ολοκληρωμένη και εξειδικευμένη φροντίδα.

Ταξινόμηση των νοσοκομειακών κλινών:^{15,21}

- **Νοσηλευτικό Τμήμα: Κατηγορία 0** - ασθενείς των οποίων οι ανάγκες μπορούν να ικανοποιηθούν σε απλούς θαλάμους παροχής φροντίδας σε ένα νοσοκομείο.
- **Σε κίνδυνο: Κατηγορία 1** - ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω των επιδεινούμενων καταστάσεών τους, ή εκείνοι που πρόσφατα επαναποθετήθηκαν σε υψηλά επίπεδα φροντίδας, οι ανάγκες των οποίων μπορούν να ικανοποιηθούν σε έναν τμήμα περίθαλψης οξέων συμβάντων με πρόσθετες συμβουλές και την υποστήριξη από την ομάδα εντατικής φροντίδας. Αυτή την κατηγορία μπορεί να την αναλάβει εξωτερικός νοσηλευτής.
- **Αυξημένης Φροντίδας: Κατηγορία 2** - ασθενείς που απαιτούν την πιο λεπτομερή παρακολούθηση ή παρέμβαση συμπεριλαμβανομένης υποστήριξης της ανεπάρκειας ενός μόνο οργάνου, ή μετεχειρητηκίας φροντίδας και εκείνους που είναι υπό αυξημένο επίπεδο φροντίδας.
- **ΜΕΘ: Κατηγορία 3** - ασθενείς που απαιτούν την προηγμένη αναπνευστική υποστήριξη μόνο ή βασική αναπνευστική υποστήριξη μαζί με την υποστήριξη τουλάχιστον δύο οργανικών συστημάτων. Αυτό το επίπεδο περιλαμβάνει όλους τους πολύπλοκους ασθενείς που απαιτούν υποστήριξη για πολυοργανική ανεπάρκεια.

Νοσηλευτικά Χρυσά πρότυπα σε ΜΕΘ

1. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση (κλινικά προσδιορισμένο) απαιτούν ένα νοσηλευτή συνεχώς (όλο το 24ωρο). 1:1^{4,16,17,18}
2. Οι ασθενείς αυξημένης φροντίδας (κλινικά προσδιορισμένο) που βρίσκονται σε μονάδα εντατικής φροντίδας απαιτούν τουλάχιστον ένα νοσηλευτή για κάθε δύο ασθενείς συνεχώς (όλο το 24ωρο). 1:2 ή 1:2,5^{16,19}
3. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο απαιτούν τουλάχιστον ένα νοσηλευτή για κάθε τέσσερις ασθενείς συνεχώς (όλο το 24ωρο). 1:4.¹⁹

Συστάσεις για περιοχές εντατικής φροντίδας

1. Τα επίπεδα φροντίδας (Levels of care, LOCs) πρέπει να καθοριστούν σύμφωνα με την πολυπλοκότητα της περίθαλψης και τη θεραπεία των ασθενών.¹⁹
2. Τα επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να καθοριστούν πρωτίστως από το φόρτο εργασίας (αριθμός ασθενών και πολυπλοκότητα περιπτώσεων).¹⁹
3. Οι διευθυντές των μονάδων και των νοσηλευτικών τμημάτων πρέπει να αναγνωρίσουν όλες τις μεταβλητές προτού να αποφασίσουν για την κατάλληλη στελέχωση.²⁰
4. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υποστηρίζουν το προσωπικό τους να αναπτύσσεται προσωπικά και επαγγελματικά, διασφαλίζοντας ότι οι νοσηλευτές περιλαμβάνονται ενεργά στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, έχοντας μια φυσιολογική αξιολόγηση και μια κλινική επίβλεψη καθώς επίσης και έχοντας προσωπικά προγράμματα ανάπτυξης.^{21, 22}
5. Οι βοηθοί επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνονται τώρα ευρέως στο εργατικό δυναμικό της εντατικής φροντίδας. Οι νέοι ρόλοι για οποιοδήποτε εργαζόμενο στη φροντίδα υγείας πρέπει να αναπτύσσονται μόνο όπου μπορούν πραγματικά να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του ασθενή και όχι όπου κύριος σκοπός είναι η μείωση του επιπέδου εξειδικευμένης διαθέσιμης φροντίδας για να μειωθούν οι δαπάνες. Οι νοσηλευτές παραμένουν υπεύθυνοι για την αξιολόγηση, τον προγραμματισμό και την εκτίμηση της φροντίδας των ασθενών.^{21, 23}
6. Κάθε ΜΕΘ πρέπει να μετρά και να ελέγχει τακτικά την αποδοτικότητα της χρήσης του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού εκτιμώντας την αναλογία ωφέλιμης εργασίας (Work Utilization Ratio, WUR) από συνιστώμενα εργαλεία μέτρησης.^{5, 17,24,25, 26,27}
7. Διασφάλιση ενός επαρκούς ανεφοδιασμού με νοσηλευτές για να εργαστούν στην εντατική φροντίδα (ποσότητα) και διασφάλιση ενός επαρκούς ανεφοδιασμού με εξειδικευμένους νοσηλευτές εντατικής φροντίδας (ποιότητα).^{28, 29}
8. Εστιάζουμε στο νοσηλευτή, αλλά μπορούμε να αναμείνουμε ότι τα πρότυπα μπορούν να αλλάξουν ανάλογα με το επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Πνευματικά δικαιώματα της θέσης

Τα πνευματικά δικαιώματα αυτής της θέσης ανήκουν στην EfCCNa. Η θέση αυτή είναι ελεύθερα διαθέσιμη για όλους και μπορεί να μεταφραστεί, χωρίς όμως να παραποιηθεί.

Βιβλιογραφία

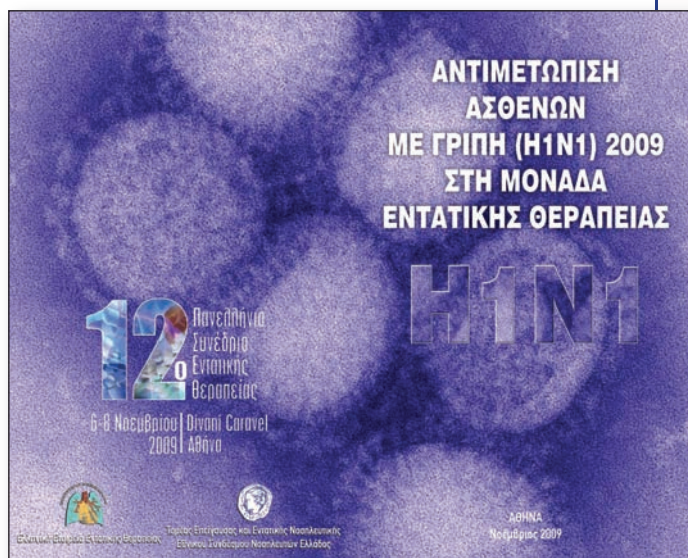
1. Evolution of Intensive Care in UK. Intensive Care Society. 2003. Accessed December 6, 2006, at <http://www.ics.ac.uk/icmprof/downloads/icshistory.pdf>
2. Williams G, Chaboyer W, Thornsteindottir R, Fulbrook P, Shelton C, Chan D, Wojner A. Worldwide overview of critical care nursing organizations and their activities. *International Council of Nurses. International nursing Review.* 2001, 48:208-217
3. Audit Commission. Critical to success: The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. London: Audit Commission. 1999. Accessed December 6, 2006, at <http://www.audit-ommission.gov.uk/publications/pdf/nrccare.pdf>
4. Pilcher T, Odell M, Bray K, Clarke S, Gardner J, Orr R, Stirton H. Nurse-patient ratios in critical care. BACCN POSITION STATEMENT. *Nursing in Critical Care* 2001, 6(2):59-63
5. Reis Miranda D, et al. Nursing Activities Score. *Crit Care Med.* 2003; 31: 374-382
6. Cohen M, O'Brien-Pallas L, et al. Nursing workload associated with adverse events in the postanesthesia care unit. *Anesthesiology.* 1999, 91(6):1898
7. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremiszov TT, Young TL. Physician Staffing Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients. *JAMA.* 2002, 288(17):2151-2162
8. Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ, Lipsett PA. ICU nurse ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Med* 2000, 26(12):1857-62
9. Pronovost PJ, Dang D, Dorman T, Lipsett PA, Garrett E, Jenckes M, Bass EB. Intensive care unit nurse staffing and the risk for complication after abdominal aortic surgery. *Eff Clin Pract.* 2001, (5):223-5.
10. Dang D, Johantgen ME, Pronovost PJ, Jenckes MW, Bass EB. Postoperative complications: does intensive care units staff nursing make a difference? *Heart Lung.* 2002, 31(3):219-28.
11. Numata Y, Schulzer M, van der Wal R, Globerman J, Semeniuk P, Balka E, FitzGerald JM. Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literatura review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 2006, 55:435-448.
12. Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, Sprivulis P, Cook EF, Evans RS, Kaganova Y, Bender M, David-Kasdan J, Haug P, Lloyd J, Selbovitz LG, Murff HJ, Bates DW. Hospital workload and adverse events. *Med Care.* 2007, 45(5):448-55
13. Hugonnet S, Chevolet J Cl, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med.* 2007, 35(1):76-81
14. Haupt MT, Bekes CE, Brili RJ, Carl LC, Gray AW, Jastremski MS, Naylor DF, Rudis M, Spevetz A, Wedel SK, Horst M. Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Crit Care Med.* 2003, 31(11):2677-2683.
15. Intensive Care Society of Ireland. Appendix to Irish Standing Committee Response to the Hanly Report. Implications for Adult Intensive Care. 2006. Accessed December 10, 2006, at <http://www.aagbi.org/irishstanding/publications/Appendix.pdf>
16. The world Federation of Critical Care Nurses. Declaration of Buenos Aires. Position Statement on the Provision of Critical Care Nursing Workforce. Accessed December 10, 2006, at <http://www.wfccn.org/Pages/news.html>
17. Moreno R, Miranda DR. Nursing Staff in Intensive Care in Europe. The Mismatch Between Planning and Practice. *Chest.* 1998, 113(3):752-58
18. Hartigan RC. The Synergy Model. Establishing Criteria for 1:1 Staffing Ratios. *Critical Care Nurse.* 2000, 20 (2):112-6.
19. Iapichino G, Radrizzani D, Bertolini G, Ferla L, Pasetti G, Pezzi A, Porta F, Miranda DR. Daily classification of the level of care. A method to describe clinical course of illness, use of resources and quality of intensive care assistance. *Intensive care med.* 2001, 27(1):131-6
20. Adomat R, Hewison A. Assessing patient category/dependence systems for determining the nurse/patient ratio in ICU and HDU: a review of approaches. *Journal of Nursing Management.* 2007, 12:299-308
21. Galley J, O'Riordan B. Royal Nursing College. Guidance for nurse staffing in critical care. 2003. Accessed December 6, 2006, at <http://www.rcn.org.uk/direct>

22. Baumann A. International Council of Nurses. Positive Practice Environmrnts: Quality Workplaces = Quality Patient Care. 2007. Accessed July 10, 2007, at <http://www.inc.ch/indkit2007.pdf>
23. British Association of Critical Care Nurses. Position statemen on the role of health care assistants who are involved in direct patient care activities within critical care areas. Nursing in Critical Care. 2003, 8(1):3-12.
24. Ρυγκφ ΑΚ, Ala-Kokko TI, Laurila JJ, Miettunen J, Finnberg M, Hentinen M. Nursing stall resources in direct care: comparison of tlSS and ICNSS. Acta Anaesthesiol Scand. 2004, 48:1003-1005
25. Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year stuffy in an adult intensive-care unit. The Lancet. 2000, 359:185-89
26. Guccione A, Morena A, Pezzi A, Iapichino G. The assessment of nursing workload. Minerva Anaesthesiology. 2004, 70(5):411-16.
27. Hugonnet S, UHkay I, Pittet D. Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia. Critical Care.2007.80. Published: 19 Jul 2007. Accessed 28 Jul 2007, at <http://ccforum.com/content/11/4/R80>
28. Australian Health Workforce Committee. The Critical Care Nurse Workforce in Australia. AHWAC Report. 2002. Accessed January 7, 2006, at http://www.health.nsw.gov.au/amwac/pdf/nurseoview_20042.pdf
29. Ball C, McElligot M. "Realising the potential of critical care nurses": an explanatory study of the factors that affect and comprise the nursing contribution to the recovery. Intensive Crit Care Nurs. 2003, 19:226-38

Η Επίσημη Θέση της EfCCNa για τις απαιτήσεις σε νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό των Ευρωπαϊκών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, 2007, είναι διαθέσιμη στα αγγλικά στην ιστοσελίδα της EfCCNa <http://www.efccna.org/downloads/Position%20Statement%20Workforce%20EfCCNa%202007.pdf>

ΓΡΙΠΗ (H1N1) 2009

Η Ελληνική Εταιρία Εντατικής Θεραπείας και ο Τομέας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής παρακολουθώντας τη διεθνή βιβλιογραφία για το συγκεκριμένο θέμα, θεώρησαν σκόπιμο να εκδώσουν **οδηγίες για την αντιμετώπιση Ασθενών με Γρίπη (H1N1) 2009 στη ΜΕΘ**. Οι οδηγίες αυτές διανεμήθηκαν στους συνέδρους κατά τη διάρκεια του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 6 – 8 Νοεμβρίου 2009, στο ξενοδοχείο Divani Caravel στην Αθήνα. Είναι επίσης διαθέσιμες στην ιστοσελίδα του ΕΣΝΕ (www.esne.gr) καθώς και στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ (www.keelpno.gr).



ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- ❑ **5^ο διεπιστημονικό συνέδριο Intensive Care Forum 2010 (ICF 2010)**, Οργάνωση: Φόρουμ Εντατικής Θεραπείας και η ΜΕΘ - ΓΝ Λευκωσίας, σε συνεργασία με ΜΕΘ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων Κύπρου, Τόπος: Λευκωσία, Le Meridien Limassol Spa and Resorts, Ημερομηνία: 5-7 Φεβρουαρίου 2010, Πληροφορίες: Μαρία Ψάλτη, τηλ. 0357 22603809
- ❑ **3^ο Νοσηλευτικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων**, Οργάνωση: Zita Congress AE, Τόπος: Royal Olympic Hotel στην Αθήνα, Ημερομηνία: 19-20 Φεβρουαρίου 2010, Πληροφορίες: 2111001795
- ❑ **14th State of the Art**, Τόπος: Athens Hilton, Ημερομηνία: 22-24 Απριλίου 2010. Ο TEEN θα συμμετέχει με Νοσηλευτικό Συμπόσιο. Πληροφορίες θα ανακοινωθούν στην ιστοσελίδα του ΕΣΝΕ (www.esne.gr) και στο Νοσηλευτικό Δελτίο.
- ❑ **4th EfCCNa Congress and the FSAIO Spring Congress**, Οργάνωση: EfCCNa, Τόπος: Κοπεγχάγη, Δανία, Ημερομηνία: 24-26 Μαρτίου 2011, **Καταληκτική ημερομηνία υποβολής περιλήψεων 15 Σεπτεμβρίου 2010**, Πληροφορίες: www.efccna2011.dk



Το περιοδικό «Intensive and Critical Care Nursing» βραβεύει έναν νοσηλευτή για τη συμμετοχή του στο 23ο Συνέδριο του European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) που θα πραγματοποιηθεί στην Βαρκελώνη, Ισπανία, 10-13 Οκτωβρίου 2010.

Ο νικητής θα χρηματοδοτηθεί λαμβάνοντας κάλυψη της εγγραφής του στο συνέδριο, τρεις διανυκτερεύσεις και αεροπορικό εισιτήριο σε οικονομική θέση.

Αιτήσεις γίνονται δεκτές για όσους θα έχουν στείλει περιλήψη για εισήγηση προφορική ή αναρτημένη για να την παρουσιάσουν στο 23ο Συνέδριο του ESICM και θα γίνει αποδεκτή από την επιστημονική επιτροπή του συνεδρίου. Σημαντικό είναι ότι ο πρώτος συγγραφέας και εκείνος που θα παρουσιάσει την εισήγηση θα πρέπει να είναι νοσηλευτής.

Περισσότερες πληροφορίες στο site του ΕΣΝΕ www.esne.gr

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Μεσογείων 2, Γ΄ Κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27, Τηλ.: 210 7702861, Fax: 210 7790360

Εκδότες:

Αντώνης Δασκαλάκης, Μαρία Τσερώνη

Συντακτική Επιτροπή:

Μαρία Καλαφάτη, Γεώργιος Γεωργιάδης, Νίκος Γιάκης, Μαργίτσα Σκοπελίτου, Ειρήνη Μαργέλου, Παναγιώτα Σαργιάνου, Ευτυχία Τσάφου

Επιμέλεια - Παραγωγή έκδοσης

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

ΓΡΑΨΕ ΚΑΙ ΕΣΥ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



Ο Σύντροφός σας Στην Απολύμανση



Sterillium®

Η απόλυτη προστασία

Το Νο 1 Αλκοολούχο Αντισηπτικό Χεριών στην Ευρώπη

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: STERILLIUM Δεσμητό Δόλωμα. **Σύνθεση:** Δραστικές ουσίες: Ισοπροπανόλη 45,0g, n-προπανόλη 30,0g, metocetoniolum ethylalate 0,2g. **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Υγιεινή και χειρουργική απολύμανση χεριών σε νοσοκομεία, κλινικές και οικιακά κέντρα περιποίησης. Απολύμανση δέρματος πριν από ενόσια και παρεντερικές. **Αντενδείξεις:** Το STERILLIUM δεν είναι κατάλληλο για απολύμανση των βλεννογόνων και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κοντά στα μάτια ή σε ανοικτά τραύματα. Αντισηπτικά σε άτομα που έχουν ιστορικό υπερευαισθησίας στις φουράρες ουσίες ή σε κάποιο από τα έλκωχα. **Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Μην χρησιμοποιείτε ηλεκτρικό εξοπλισμό μέχρι να στεγνώσει το αλκοόλ. Το αλκοόλ δεν πρέπει να έλθει σε επαφή με φλόγες. Να μην χρησιμοποιείται κοντά σε αυτές ανάφλεξες. Βέλβη ανάφλεξη 22°C. **Πρόσφατα:** Στην τι σκευασμα χρησιμοποιείται ουσία, η πρόκληση φλόγας και έκρηξη είναι επίσημη. Σε περίπτωση που μπει το απολύμαντικό κατά λάθος, δια πρέπει να ληφθούν τα εξής μέτρα. Καθαρίστε αμέσως το δόλωμα, διαλύστε με πολύ νερό, αφαιρέστε το δόλωμα και απομακρύνετε γρήγορα τις ενδεδειγμένες. Μην καπνίζετε. Σε περίπτωση φούρας, σβήστε με νερό, πυροσβεστήρα, αερό ή CO₂. **Παιδιά:** Το STERILLIUM δεν δια πρέπει να χρησιμοποιείται σε νεογέννητα και πρόκυρα βρέφη. **Κόηση και γαλακτίες:** Δεν υπάρχει κίνδυνος κατά την χρήση και την διακίνηση. **Επιβάρυνση στην ισορροπία οξυγόνου και χαμηρότερη μηχανική:** Δεν ισχύει. **Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις για τα περιφερειακά δόλωμα:** Δεν πρέπει να εφαρμόζεται το φάρμακο εάν γιναι αλλαγές σε οποιοδήποτε από τα συστατικά του. **Διακοσμητικά και τράπεζες χορήγησης:** Για την υγιεινή απολύμανση των χεριών. **Τρίτη το στεγνό χέρι με το αλκοόλ πριν από 30 δευτερόλεπτα χωρίς να το ξεβγάλετε.** Για τη χειρουργική απολύμανση των χεριών. **Τρίτη το στεγνό χέρι με τη χρήση με όλη ποσότητα χροστίδα για να διατηρηθούν υγρά τουλάχιστον 1,5 λεπτό πριν το ξεβγάλετε.** **Απολύμανση δόλωμα:** Τρίτη με STERILLIUM το στεγνό δόλωμα για 15-δευτερόλεπτα πριν από ενόσια και παρεντερικές. **Πριν την παρεντερική οφθαλμολογία, ουρολογική κολοκλίση και καύση οργάνων, όπως και πριν από χειρουργικές επεμβάσεις, τα δόλωμα πρέπει να παραμείνει υγρά για 1 λεπτό.** Το δόλωμα που έχει πολλούς σχηματισμούς οδών πρέπει να παραμείνει υγρά για 10 λεπτά. Το STERILLIUM χρησιμοποιείται αδιάλυτο. **Οδηγίες για τη χρήση και τον χειρισμό:** Βλέπε παρ. 2.4. **Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Δεν πρέπει να ρυθμίζονται οξυγόνα αντίληξη για χρήση με τα προϊόντα φουάρα δόλωμα κατανάλωσης σχετικά αγωγή. Η συνήθης παροχή ποσότητας είναι 1,5ml ανά θέση της αντίληξη και μπορεί να αλλάξει. **Αποφυγή κίνησης:** **Επισκευάσει επείγουσα σύμβαση με ασφαλή νοσηλεία.** **Μικρές ποσότητες μπορούν να σχηματίσουν στην απορρόφηση, καθώς το προϊόν διασπαστεί αμέσως.** **Υπερδοσολογία:** Εάν καταβληθεί κατά λάθος, το βασικό συστατικό δολημική είναι παρόμοια με αυτά της δολημικής με αιθανόλη. **Κίνδυνος αναπνευστικής παύση:** Η βρογχίτις με ισοπροπανόλη και η βρογχίτις της δολημικής με n-προπανόλη είναι παρόμοια με αυτή της δολημικής με αιθανόλη. **Πρώτα να επισημειώ την πρωτοδόση απολύμανση του δολημικού με έλατο ή γαλακτίδα (παιδιά) με πολύ νερό.** Από 3-6% και πάνω, διατηρούμενα απομακρύνει από δολημικού με παρακέντηση. Εάν το δόλωμα έλθει σε επαφή με τα μάτια, πλύνετε τα καλά με σπογγή το βλεφάρω να ορετά λεπτό κάτω από τακρομένο νερό. **Αντενδείξεις ενόσιας:** Ελακρά βρογχίτις ή βρογχίτις του δόλωμας μπορεί να παρατηρηθεί με παρακέντηση. Σε άτομα με βρογχίτις, συνιστάται να εντατικοποιηθεί η γενική φροντίδα του δόλωμας. Οι ουσίες αλκοολικές αντιόξείας είναι σπάνιες. **Ασυμβατότητες:** Το STERILLIUM προσβάλλει το κεραμικό γυαλί και παρόμοια υλικά. **Τρόπος δόλωμας:** Το φάρμακο αυτό χορηγείται με κεντρική συσκευή. **Συσκευασίες - Προϊόντα:** Φιάλη 100ml, 500ml, 1000ml, 5L. **Παρασκευαστής:** BODE Chemie GmbH & Co - Γερμανία, Αριθμός οδών κυκλοφορίας: 4930 / 16-4-2082.

Υπεύθυνος κυκλοφορίας στην Ελλάδα:
PHARMA CHEMIE A.E.
ΟΞΥΝΗ: ΣΥΜΒΑΛΗ ΟΔΟΣ ΠΡΑΙΚΚΑΤΡΩΥ - ΔΙΑΒΑΤΟΝ (παρόρκελος ΕΦΝΑΤΙΑΣ ΟΔΟΥ), Τ.Θ. 1644, Τ.Κ. 57008 - ΙΟΝΙΑ - Τηλ: 2310 785431 / Fax: 2310 782839
ΑΘΗΝΑ: Διοικητικού 32, 135 82 Αγ. Ανδρέας - Τηλ: 210 2310622 / Fax: 210 2310632
www.pharmachemie.gr e-mail: info@pharmachemie.gr

